Preguntas para inmigrantes

Complete esta página si usted no es ciudadano de los Estados Unidos.

Jefe de familia: _____ Número de Seguro Social del jefe de familia: _____

- ▶ 1. ¿Se encuentra usted o algún miembro de la familia en servicio activo o es veterano de las Fuerzas Armadas de EE. UU. y le dieron baja con honores? ¿Prestó usted o algún miembro de su familia servicios bajo el mando de Estados Unidos durante la Segunda Guerra Mundial o en Vietnam? sí no
Si la respuesta es **sí**, puede detenerse aquí.
Si la respuesta es **no**, pase a la siguiente pregunta.
- ▶ 2. ¿Es usted o algún miembro de la familia el cónyuge, viuda, viudo, o persona a cargo de una persona en servicio activo o de algún veterano, según se describió arriba? sí no
Si la respuesta es **sí**, puede detenerse aquí.
Si la respuesta es **no**, pase a la siguiente pregunta.
- ▶ 3. ¿Es usted o algún miembro de la familia víctima de abuso doméstico y **el abusador ya no vive ahí**? sí no
Si la respuesta es **sí**, puede detenerse aquí.
Si la respuesta es **no**, debe completar el resto de esta página (*Condición de inmigrante*).

Condición de inmigrante

OAC

▶ Llene la tabla que sigue a continuación para cada miembro de la familia que **no** sea ciudadano de EE. UU. y que presente una solicitud a MassHealth. Enumere *todas* las condiciones que correspondan a cada persona desde que dicha persona llegó a Estados Unidos.

☒ **Envíe copia** de ambos lados de todas las tarjetas de inmigración (o de otros documentos que condición de inmigrante).
Consulte el Folleto para miembros de MassHealth para obtener una descripción más completa de condiciones de inmigrante.

Nota: Los miembros de una familia que únicamente soliciten beneficios de MassHealth Limited y/o CMSP, o Healthy Start no tienen que darnos un número de Seguro Social. Nosotros no cotejaremos sus nombres con ninguna otra agencia, inclusive el Departamento de Seguridad Interna (DHS). No es necesario que enumere sus nombres en esta página ni que envíe comprobantes de su condición de inmigrante. MassHealth Limited sólo paga servicios de emergencia. Consulte el Folleto para miembros de MassHealth para obtener más información.

- ▶ Utilice estos códigos para describir su condición en la tabla que sigue a continuación:
4. Americano de origen asiático admitido conforme a la Sección 584 de Ley pública 100-202	6. Inmigrante condicional	10. Americano indígena con no menos del 50% de sangre indígena y nacido en Canadá	13. Persona con visa temporal/otra
5. Asilo otorgado	7. Inmigrante cubano/haitiano	11. Se le concedió libertad condicional	14. Persona residente bajo apariencia legal (PRUCOL) (<i>Ver el Folleto para miembros de MassHealth para obtener más información.</i>)
	8. Deportación suspendida	12. Refugiado	15. Víctimas de formas severas de tráfico*
- (*Tráfico de seres humanos con fines de prostitución o servidumbre involuntaria.)

Nombre	Códigos (Enumere todos los que corresponda.)				Fecha de otorgamiento de condición				Fecha de ingreso a EE. UU.	For office use only
	a	b	c	d	a	b	c	d		
									/ /	
									/ /	
									/ /	
									/ /	
									/ /	
									/ /	

Si necesita más espacio, sírvase usar otra hoja y adjúntela a la solicitud.